

薬の連絡票 数日用（保護者記入）

令和 年 月 日 記入

依頼先	企業主導型保育園キッズピーパル		
依頼者	保護者氏名：	電話：	
	園児氏名：	男・女	歳 か月
主治医・かかりつけ医名			
病名 (または症状)			
①持参した薬	月 日に処方された薬の 日分		
②保管方法は	室温・冷蔵庫・その他 ()		
③薬の剤型	粉・液状(シロップ等)・外用薬・その他 ()		
④薬の内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め 風邪薬・外用薬 () ・その他 ()		
⑤朝の服用時間	時 分頃		
⑥投薬時間	食前 () 分前・食後すぐ・食後 () 分後・その他 ()		
⑦飲ませ方 (ご家庭ではどのように飲ませているか)			
⑧その他、注意事項など			
⑨薬剤情報提供書	あり・なし		

※お薬には必ず、お子さまのお名前を記入してください。

朝、お子さんの様子を保育者に伝えていただき、薬剤情報提供書を添付して、
1回分を手渡しにてお願いいたします。

※お薬の投与についてはこの連絡票に基づき、投与者に一任していただきます。
しかし、投薬はなるべくご家庭で行い、
やむを得ない場合のみの受付とさせていただきます。

保育園記入事項	
預かり者のサイン	
投薬者のサイン	
投薬時間	
特記事項 (連絡事項や実施状況など)	

投薬依頼日	/	/	/	/	/	/
朝の服用時間						
薬の受取者						
園での投薬時間						
投与者サイン						
連絡事項						

投薬依頼日	/	/	/	/	/	/
朝の服用時間						
薬の受取者						
園での投薬時間						
投与者サイン						
連絡事項						

投薬依頼日	/	/	/	/	/	/
朝の服用時間						
薬の受取者						
園での投薬時間						
投与者サイン						
連絡事項						